

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bruna Lemes Souza

Nº da Carteirinha: 3.26.4972

Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 16/03/2007

Nº da Guia: 19692

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/08/2024	13:47:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

Descrição
Aluna rompeu o ligamento do joelho esquerdo jogando

Testemunha da ocorrência	Telefone
Juliano	(41) 3028-5430

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
CLINICA DE RESSONÂNCIA MARINGÁ LTDA	RUA XV DE NOVEMBRO	222 3	ALTO DA RUA XV	(41) 3363-8828

Observações
Retorno pós operatório - RMN de joelho e avaliar meniscos. po sutural meniscal. Agendado para dia 07/08/2024 as 16h10

76.726.884/0016-04

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO

RUA FREI GASPAR DA MADRE DE DEUS Nº 707
PORTÃO - CEP 81070-090

CURITIBA - PR

Jamily Souza

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Handwritten signature: Gisela Dornes Souza

INSTITUICAO ADVENTISTA -

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº da Guia do Prestador

1 - Registro ANS 000001
3 - Numero da Guia Principal

4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha
7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

FICHA 330249

Dados do Beneficiário
8 - Numero da Carteira 14291
9 - Validador da Carteira
10 - Nome BRUNA LEMES SOUZA

11 - Código na Operadora 7757/6668000160
12 - Nome do Contratado
13 - Nome do Profissional Solicitante LEANDRO YUJI PEREIRA RIBEIRO
14 - Conselho Profissional 06
15 - Numero no Conselho 23653
16 - Código CBO 6
17 - Assinatura do Profissional Solicitante

18 - Nome Social
19 - Assinatura do Contratado
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Cidade Solte 001
22 - Cidade Aut.
23 - Código CNES

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
24 - Caracter do Atendimento 1
25 - Data da Solicitação
26 - Indicação Clínica RNM DE JOELHO E AVALIAR MENISCOS PO SUTURA MENISCAL.
27 - Descrição RNM - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitario (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1			a								
2			a								
3			a								
4			a								
5			a								

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Nome do Contratado
37 - Nome do Profissional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
48 - Seq. Ref
49 - Grau Part
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Numero no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sina 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa
RNM DE JOELHO E AVALIAR MENISCOS PO SUTURA MENISCAL

59 - Total do Procedimento (R\$)
60 - Total de Taxas e Ausúdios (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPMs (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Beatriz Beloso Batista
Nº da Cartelrinha: 2.32.6428
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 18/05/2009

Nº da Guia: 19634.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/08/2024	12:08:45	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Joelho Direito

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e durante uma atividade teve dores no joelho direito.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Janete

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Data

Denis

06/08/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
CLINICA DE RESSONÂNCIA MARINGA LTDA	RUA XV DE NOVEMBRO	222 3	ALTO DA RUA XV	(41) 3363-8828

Motivo do Retorno

Solicitado RNM pelo profissional médico

Thiago Andrews Carvalho

Vice Diretor

Ass.: _____

Thiago Andrews Carvalho

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Thiago Andrews Carvalho

1 de 1

6/08/2024

INSTITUICAO ADVENTISTA -

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº de Guia do Prestador

FICHA 337154

1 - Registro ANS 0000001

3 - Numero da Guia Principal

4 - Data da Autorizacao

5 - Sertcha

6 - Data de Validade da Sertcha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA BEATRIZ BELLOSO BATISTA

11 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

[N]

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cidade, Solic

22 - Cidade, Aut.

23 - Cidade, Aut.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Cidade, Solic

28 - Cidade, Aut.

29 - Cidade, Aut.

30 - Cidade, Aut.

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento

37 - Saúde Ocupacional

38 - Cidade

39 - Via

40 - Tec.

41 - Fator Red./Acresc.

42 - Valor Unitário (R\$)

43 - Valor Total (R\$)

44 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

46 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Assinatura do Contratado

49 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

50 - Total de Materiais (R\$)

51 - Total de OP/UE (R\$)

52 - Total de Medicamentos (R\$)

53 - Total de Gases Medicinais (R\$)

54 - Total Geral (R\$)

55 - Total Geral (R\$)

56 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Contratado

61 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

62 - Total de Materiais (R\$)

63 - Total de OP/UE (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total de Gases Medicinais (R\$)

66 - Total Geral (R\$)

67 - Total Geral (R\$)

68 - Total Geral (R\$)

69 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Contratado

74 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

75 - Total de Materiais (R\$)

76 - Total de OP/UE (R\$)

77 - Total de Medicamentos (R\$)

78 - Total de Gases Medicinais (R\$)

79 - Total Geral (R\$)

80 - Total Geral (R\$)

81 - Total Geral (R\$)

82 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

88 - Total de Materiais (R\$)

89 - Total de OP/UE (R\$)

90 - Total de Medicamentos (R\$)

91 - Total de Gases Medicinais (R\$)

92 - Total Geral (R\$)

93 - Total Geral (R\$)

94 - Total Geral (R\$)

95 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Contratado

100 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

101 - Total de Materiais (R\$)

102 - Total de OP/UE (R\$)

103 - Total de Medicamentos (R\$)

104 - Total de Gases Medicinais (R\$)

105 - Total Geral (R\$)

106 - Total Geral (R\$)

107 - Total Geral (R\$)

108 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Contratado

113 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

114 - Total de Materiais (R\$)

115 - Total de OP/UE (R\$)

116 - Total de Medicamentos (R\$)

117 - Total de Gases Medicinais (R\$)

118 - Total Geral (R\$)

119 - Total Geral (R\$)

120 - Total Geral (R\$)

121 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Contratado

126 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

127 - Total de Materiais (R\$)

128 - Total de OP/UE (R\$)

129 - Total de Medicamentos (R\$)

130 - Total de Gases Medicinais (R\$)

131 - Total Geral (R\$)

132 - Total Geral (R\$)

133 - Total Geral (R\$)

134 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Contratado

139 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

140 - Total de Materiais (R\$)

141 - Total de OP/UE (R\$)

142 - Total de Medicamentos (R\$)

143 - Total de Gases Medicinais (R\$)

144 - Total Geral (R\$)

145 - Total Geral (R\$)

146 - Total Geral (R\$)

147 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Contratado

152 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

153 - Total de Materiais (R\$)

154 - Total de OP/UE (R\$)

155 - Total de Medicamentos (R\$)

156 - Total de Gases Medicinais (R\$)

157 - Total Geral (R\$)

158 - Total Geral (R\$)

159 - Total Geral (R\$)

160 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Contratado

165 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

166 - Total de Materiais (R\$)

167 - Total de OP/UE (R\$)

168 - Total de Medicamentos (R\$)

169 - Total de Gases Medicinais (R\$)

170 - Total Geral (R\$)

171 - Total Geral (R\$)

172 - Total Geral (R\$)

173 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Contratado

178 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

179 - Total de Materiais (R\$)

180 - Total de OP/UE (R\$)

181 - Total de Medicamentos (R\$)

182 - Total de Gases Medicinais (R\$)

183 - Total Geral (R\$)

184 - Total Geral (R\$)

185 - Total Geral (R\$)

186 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Contratado

191 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

192 - Total de Materiais (R\$)

193 - Total de OP/UE (R\$)

194 - Total de Medicamentos (R\$)

195 - Total de Gases Medicinais (R\$)

196 - Total Geral (R\$)

197 - Total Geral (R\$)

198 - Total Geral (R\$)

199 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Contratado

204 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

205 - Total de Materiais (R\$)

206 - Total de OP/UE (R\$)

207 - Total de Medicamentos (R\$)

208 - Total de Gases Medicinais (R\$)

209 - Total Geral (R\$)

210 - Total Geral (R\$)

211 - Total Geral (R\$)

212 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Contratado

217 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

218 - Total de Materiais (R\$)

219 - Total de OP/UE (R\$)

220 - Total de Medicamentos (R\$)

221 - Total de Gases Medicinais (R\$)

222 - Total Geral (R\$)

223 - Total Geral (R\$)

224 - Total Geral (R\$)

225 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Contratado

230 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

231 - Total de Materiais (R\$)

232 - Total de OP/UE (R\$)

233 - Total de Medicamentos (R\$)

234 - Total de Gases Medicinais (R\$)

235 - Total Geral (R\$)

236 - Total Geral (R\$)

237 - Total Geral (R\$)

238 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Contratado

243 - Total de Taxas e Autoguis (R\$)

244 - Total de Materiais (R\$)

245 - Total de OP/UE (R\$)

246 - Total de Medicamentos (R\$)

247 - Total de Gases Medicinais (R\$)

248 - Total Geral (R\$)

249 - Total Geral (R\$)

250 - Total Geral (R\$)

251 - Data de Realizacao de Procedimentos em Série

252 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

253 - Assinatura do Responsável pela Autorizacao

254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável